

介護保険 被保険者証等再交付申請書

鳴 門 市 長 様

次のとおり申請します。

| | | |
|-------|---------------|-------|
| | 申請年月日 | 年 月 日 |
| 申請者氏名 | 本人との関係 | |
| 申請者住所 | 〒 電話番号 | |

| | | | | |
|------------------|--------|---------------|------|-------|
| 被 保 険 者 | 被保険者番号 | | | |
| | フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 被保険者氏名 | | 個人番号 | |
| | 住 所 | 〒 電話番号 | | |

| | | | | | | | |
|----------------|---|---------|--------|---------|-----------|------------|---------------------------------------|
| 再交付する 証 明 書 | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1 被保険者証</td> <td style="width: 50%;">4 資格者証</td> </tr> <tr> <td>2 負担割合証</td> <td>5 受給資格証明書</td> </tr> <tr> <td>3 負担限度額認定証</td> <td>※ 4資格者証又は5受給資格証明書の場合 は、個人番号の記入は不要。</td> </tr> </table> | 1 被保険者証 | 4 資格者証 | 2 負担割合証 | 5 受給資格証明書 | 3 負担限度額認定証 | ※ 4資格者証又は5受給資格証明書の場合 は、個人番号の記入は不要。 |
| 1 被保険者証 | 4 資格者証 | | | | | | |
| 2 負担割合証 | 5 受給資格証明書 | | | | | | |
| 3 負担限度額認定証 | ※ 4資格者証又は5受給資格証明書の場合 は、個人番号の記入は不要。 | | | | | | |
| 申請の理由 | 1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他（ ） | | | | | | |

※申請者のマイナンバーカードや運転免許証等の身分証明書を添付してください。

2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

| | | | |
|---------|--|---------------------|------------|
| 医療保険者名 | | 医療保険被保険者証記号番号 | |
| 医療保険加入日 | | 医療保険被保険者証 等の有効期限 | 扶養区分 本人・扶養 |